



Рис. 2. Апудоциты желез желудка кролика в относительно поздние сроки экспериментально-го голодания А.Б.В.- через 3 суток голодания, Г. - 5 сутки экспериментального голодания. Д.Е. -7 суток голодания. Импрегнация азотнокислым серебром по Бильшовскому-Гросс, об.20, ок. 7.

Литература

1. Иванова В.Ф., Россолько Г.Н., Пузырев А.Л. Эндокринный аппарат эпителия слизистой оболочки желудка степной черепахи // Морфология. 1997, № 1. С.43-45.
2. Исупов И.П., Бугоркова С.А., Назарова Л.С. Влияние холерогенной интоксикации на апудоциты кишечника гнотобиотических мини-поросят // Архив патологии, 1996, № 6. С.59-61
3. Костюкевич С.В. Гистотопография и плотность расположения эндокринных клеток эпителия слизистой оболочки толстой кишки плода человека // Морфология, 2004, № 5
4. Кветной И.М., Балашов В.И., Осадчук М.А., Липатова Т.Е. Морфофункциональные особенности эндокринных клеток желудка при хроническом билиарном панкреатите // Клиническая медицина. 2001.-N 9.-С.39-41
5. Райхлин Н.Т. АПУД-система: структура, функция, патология // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1997. - Т. 7, № 3. - С. 34-36.
6. Южаков В.В., Райхлин Н.Т., Кветной И.М., Яковлева Н.Д., Курилен Э.С., Манохина Р.П. Современные методы изучения функциональной морфологии эндокринных клеток // Архив патологии.- 1996.-Том. 58, №. 2.-С. 21-28.
7. Яглов В.В., Пташекас Ю.Р. Реакция эндокринных клеток желудочно-кишечного тракта при экспериментальных воздействиях // Бюлл. exper. биол и мед. 1989-№ 6-С.758-761

Джумаева Н.С.,
Абдухамитова М.А.,
Шодиева Д. А.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРОТИТНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Самаркандский государственный медицинский институт

Паротитная вирусная инфекция (ПВИ, свинка, эпидемический паротит) занимает в структуре воздушно-капельных инфекций особое место, которое определяется широким распространением во всех странах мира и неблагоприятными последствиями [3,6, 8].

Клинически ПВИ у взрослых протекает тяжелее, чем у детей [4, 6], нередко в генерализованной форме, с вовлечением в патологический процесс, кроме слюнных желез, различных органов и систем (поражение половых органов, поджелудочной железы, нервной, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, слуха и зрения и др.) [1, 2, 5, 7]. Это способствует развитию резидуальных явлений и стойких органических изменений в различных

органах и системах, приводящих к инвалидизации и нарушению социальной адаптации пациентов. В доступной нам литературе вопросы распространенности и пораженности ПВИ взрослого населения, а также

клинико-лабораторные особенности у взрослых освещены недостаточно.

Поэтому изучение вопросов эпидемиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики ПВИ у взрослых остается актуальной проблемой практического здравоохранения всех стран мира.

Цель исследования. Изучение клинико-эпидемиологических закономерностей и особен-

Распределение больных паротитной ностей паротитной вирусной инфекции в различных возрастных разрезах.

Клинико-лабораторная характеристика ПВИ изучена у 210 госпитализированных взрослых больных в возрасте от 15 до 60 лет, в том числе у 125 (59,6%) мужчин и 85 (40,4%) женщин (табл. 1), находившихся на лечении в городской инфекционной больнице города Самарканда в период с 2008 по 2012 гг.

Таблица 1

Возраст	Пол				Итого	
	Мужчины		Женщины		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
15-19	65	31	38	18,1	103	49
20-29	30	14,3	24	11,4	54	25,7
30-39	20	9,5	12	5,7	32	15,2
40-49	7	3,3	7	3,3	14	6,7
>50	3	1,4	4	1,9	7	3,3
Всего	125	59,6	85	40,4	210	100,0

В результате анализа возрастной структуры заболевших, было установлено, что паротитная вирусная инфекция (ПВИ) наблюдалась преимущественно у лиц молодого возраста от 15 до 29 лет. Доля госпитализированных женщин старше 40 лет составляла 5,2%, а мужчин 4,7%.

На основе современной клинической классификации все больные были разделены в 2 группы: железистая форма (ЖФ) диагностирована в 68,1% случаев, из них 39,5% составили мужчины и 28,6% женщины;

железисто-нервная форма (ЖНФ) наблюдалась в 31,9% случаях, из них 20,0% составили мужчины и 11,9% женщины (табл. 2). Как видно из табл. 2, большую часть госпитализированных больных ПВИ составили мужчины, а следовательно, они достоверно чаще встречались в выделенных клинических формах. Анализируя возрастную структуру заболевших, следует отметить, что обе клинические формы ПВИ представлены в основном лицами молодого возраста (до 40 лет) соответственно у 54,8% и 35,2% больных

Таблица 2

Распределение больных по полу, возрасту и клиническим формам ПВИ

Возраст и пол	Клиническая форма				ИТОГО		
	Железистая		Железисто-нервная		абс.	%	
Возраст	пол	абс.	%	абс.			%
15-19	м	38	18,1	27	12,9	65	31,0
	ж	24	11,4	14	6,7	38	18,1
20-29	м	18	8,6	12	5,7	30	14,3
	ж	18	8,6	6	2,9	24	11,4
30-39	м	17	8,1	3	1,4	20	9,5
	ж	9	4,3	3	1,4	12	5,7
40-49	м	7	3,3	0	0,0	7	3,3
	ж	6	2,9	1	0,5	7	3,3
>50	м	3	1,4	0	0,0	3	1,4
	ж	3	1,4	1	0,5	4	1,9
Итого		143	68,1	67	31,9	210	100,0

Таблица 3

Распределение больных по форме тяжести и по клиническим формам ПВИ

Клинические формы	Форма тяжести			
	Июл Легкая	Среднегтяжелая	Тяжелая	Всего
	абс %	абс %	абс %	Абс %
ЖФ	М 20 213	50	52.6 25 26,3 95	100
	Ж 16 33,3	20	41,7	12 25 48 100
ЖНФ	М 5 7	8	26,7	19 63,3 30 100
	Ж 3 0,11	18	48.6	16 43,2 37 100
Итого	42 20	96	45,7 72 34,3 210	100

Среди всех госпитализированных больных среднетяжелые формы диагностированы у 45,7% больных, из них 27,7% составили мужчины и 18,0% - женщины, легкие формы - у 20.0% пациентов, из 11% - мужчин и 9% женщин, а тя-

желые формы у 34,3% больных, из которых 21,0% представлены мужчинами и 13,3% женщинами. Таким образом, ПВИ протекала преимущественно в среднетяжелой и тяжелой формах (табл. 3 и 4).

Таблица 4

Распределение больных ПВИ по форме тяжести в зависимости от пола и возраста

Возраст и пол	Форма тяжести			
	Легкая	Среднетяжелая	Тяжелая	Всего
	абс %	абс %	абс %	абс %
5-9	М 9 4,3	31	14,8 25 11,9 65 31,0	
	Ж 6 2,9	17	8,1	15 7,1 38 18,1
10-19	М 7 3,3	13	6,2	10 4,8 30 14,3
	Ж 5 2,4	11	5,2	8 3,8 24 11,4
20-29	М 3 1,4	10	4,8	7 3,3 20 9,5
	Ж 3 1,4	6	2,9	3 1,4 12 5,7
30-39	М 2 1,0	3	1,4	2 1,0 7 3,3
	Ж 3 1,4	2	1,0	2 1,0 7 3,3
>50	М 2 1,0	1	0,5	0 0,0 3 1,4
	Ж 2 1,0	2	1,0	0 0,0 4 1,9
Итого	42 20,0	96	45,7 72 34,3 210	100,0

Таблица 5

Распределение больных ПВИ по клиническим вариантам и формам тяжести

Клиническая форма	Форма тяжести							
	Легкая		Среднетяжелая		Тяжелая		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	Абс.	%
1) Железистая	36	17,1	70	33,3	37	17,6	143	68,1
а) изолированное поражение слюнных желез	20	9,5	3	1,4	0	0,0	23	11,0
б) сочетанная	16	7,6	6	3,9	37	17,6	120	57,1
в т.ч. с преимущественным поражением:								
поджелудочной железы	11	5,2	35	16,7	178,1	63	30,0	
Половых желез	5	2,4	32	15,2	209,5	57	27,1	
2) Железисто-нервная	6	2,9	26	12,4	35	16,7	67	31,9
Итого	42	20,0	96	45,7	72	34,3	210	100,0

Как у мужчин, так и у женщин, большой процент больных со среднетяжелыми формами наблюдается в возрасте до 39 лет (25,8 и 16,2 соответственно). Эта же тенденция наблюдалась в

отношении тяжелых и легких форм. Из 210 больных поражение околоушных слюнных желез диагностировано у 178 (84,8%), подчелюстных желез - у 129 (61,4%) больных,

поджелудочной железы - у 63 (30%) больных, половых желез - у 57 (27,1%) больных, нервной системы - у 67 (31,9%) больных. Сочетанные поражения нескольких желез и органов наблюдались у 187 больных (89%), изолированные - у 11% (табл. 5).

Анализ общеклинических симптомов у 210 больных ПВИ показал, что в начальной стадии болезни у 93,5% больных наблюдался озноб, у 88,4% повышение температуры тела до 39°C, у 96,6% болезненность в области околушных желез, у 85,9% боли в горле, у 83,7% боли при жевании. Из других симптомов отмечались недомогание (93,8%), слабость (91,9%), головные боли (84,7%), головокружение (80,9%), плохой сон (62,7%), потливость (68,2%). У большинства больных выявлена гиперемия ротоглотки и миндалин, в ряде случаев отмечались болезненность и увеличение щитовидной железы. При сопоставлении общеклинических симптомов с литературными данными различий между ними не выявлены. Увеличение шейных лимфатических узлов наблюдалось у 12,7%, явления полиаденита у 2,5% больных. Обложенность языка наблюдалась у 85,3% обследованных больных, зев гиперемирован у 82,6%, миндалины также гиперемированы и гипертрофированы у 73,8%.

У некоторых больных выявились гепатомегалия (0,6%) и спленомегалия (0,5%). Вместе с тем, активность АЛТ, АСТ, уровень билирубина и коллоидные пробы находились в пределах нормы.

Нередко в патологический процесс вовлекалась и сердечно-сосудистая система. У 38,3% больных отмечалось приглушение сердечных тонов сердца, у 18,8% появлялись функциональные шумы сердца, у 7,8% аритмия, у 14,4% снижалось артериальное давление.

Изменения со стороны периферической крови при ПВИ незначительны. Лейкоцитоз отмечался у 27,6%, лейкопения - у 23,4%, эозинофилия - у 4,3%, нейтрофилез - у 6,1%, нейтропения - у 39,6%, лимфоцитоз у 30,5%, лимфопения у 10,3%, моноцитоз - у 42,6% больных. Увеличение СОЭ наблюдалось у 59,7%

больных. При клиническом анализе мочи у 18,1% больных обнаружили альбинурию, а эритроциты, лейкоциты и цилиндры в 7,1% случаев.

Проведен анализ лихорадочной реакции у больных ПВИ в зависимости от клинических форм заболевания: у большинства взрослых больных имела место госпитализация с лихорадочной реакцией, но в редких случаях температура тела оставалась в пределах субфебрильной.

В целом заболевание характеризовалось повышением температуры: в железистой и железисто-нервной формах до 38°C - у 55,2±4,2% и 10,4±3,7%; от 38,6°C до 39°C - 35,0±4,0% и 37,3±5,9%; более 39°C - 6,3±2,0% и 49,3±6,1% больных соответственно. При железисто-нервной форме выраженность частоты температурной реакции имела тенденцию к увеличению по сравнению с железистой формой.

Продолжительность лихорадочного периода у 69,2±3,9% больных железистой и 16,4±4,5% железисто-нервной формой не превышала 1-7 дней, но затягивалась до 15 дней и более у 11,9±2,7% и 38,8±6,0 больных соответственно. Следовательно, продолжительность лихорадочного периода при железисто-нервной форме была больше, чем при железистой (в среднем 9,7 дня и 13,4 дня соответственно).

Выводы. Изучение структуры ПВИ у взрослых, лечившихся в инфекционной больнице города Самарканд в 2008-2012 гг., показало, что железистая форма встречалась в 78%, и комбинированная форма - в 22%. Паротитом страдали 67,6% больных, субмаксиллитом 49,4%, реже наблюдалось поражение половых желез и поджелудочной железы (16,6% и 8,5% соответственно).

Клиническая характеристика наблюдаемых 210 больных ПВИ имела следующие особенности: в стационар поступили преимущественно лица молодого возраста; 68,1% больных страдали железистой и 31,9% железисто-нервной формой; преобладали среднетяжелые и тяжелые формы за счет сочетанных вариантов.

Литература

1. Афанасьев Н.Н., Кожевина Г.И., Берсенева Л.М. и др. Клинико-функциональная характеристика паротитных менингитов // Актуальные вопросы клинической педиатрии, акушерства и гинекологии. - Киров, -2001. -С. 11-12.
2. Башенин В.А. Эпидемический паротит // В кн.: Частная эпидемиология. -Медгиз, 2005.- 265-269.
3. Варникова О.Р., Баликин В.Ф., Ефимов А.К. и др. Клинико-эпидемиологические особенности и иммуноструктура населения при паротитной инфекции у детей в период эпидемического подъема заболеваемости // Материалы VIII съезда педиатров России «Современные проблемы педиатрии. -М.,2002. -С. 156.
4. Виноградов-Волжинский Д.В., Шаргородская В.А. Эпидемический паротит. - Л.: Медицина, 2002- 128 с.
5. Вовнянко И. В. Менингоэнцефалиты при эпидемическом паротите у детей // Нейроинфекции в Казахстане. - АТМА-АТА,2008. - Т. 2. - С. 227-238.
6. Bjorvath B., Skoldenberg B. Mumps, meningitis and orchitis in Stockholm during 2005-2006// An epidemiological background for a vaccination policy, *lakartidningen*. - 2008. - Vol. 75. -P. 2295-2298.
7. Dourado I., Cunha S., Teixeira MG. et al. Outbreak of aseptic meningitis associated with mass vaccination with a urabe-containing measles-mumps-rubella vaccine: implications for immunization programs. // *American Journal of Epidemiology*. - 2000 Mar. -V.151. -No 5. -P.524-530.
8. Сачек М.М. Патогенетические аспекты синдром интоксикации при вирусных и бактериальных менингитах и менингоэнцефалитах: Автореф дисс.... д-ра м.н. - М., 2000. - 36 с.
9. Yenyol CO., Sorguc S., Minareci S. et al. Role of interferon-alpha-2B in prevention of testicular atrophy with unilateral mumps orchitis // *Urology, Izmir, Turkey*. - 2000. - Vol. 55. - No 6. - P.931-933.